



**Universidad del sureste  
Campus Comitán  
Licenciatura en Medicina Humana**

**Controles de lectura**

**Morales Cano Anayancy.**

**“B”**

**Quinto semestre**

**Medicina física y de rehabilitación**

**Dr. Sergio Jiménez Ruiz**

# POLIMIOSITIS

Dr. Sergio  
Jimenez Ruiz  
Anayancy  
Morales Cano

La polimiositis es parte de un grupo de enfermedades musculares conocidas como miopatías inflamatorias idiopáticas, que se caracterizan por inflamación muscular crónica y debilidad muscular. La polimiositis y la dermatomiositis, las dos principales enfermedades dentro de las miopatías, se diferencian por las manifestaciones cutáneas, que solo se dan en el segundo caso.

Comúnmente afecta a adultos entre 30 y 60 años. Es más frecuente en los afroamericanos que en los caucásicos, y las mujeres se ven afectadas más a menudo que los hombres.

La polimiositis es una enfermedad inflamatoria poco frecuente. Se estima que afecta a 7 personas por cada 100.000 habitantes.

Si bien no se conoce la causa exacta de la polimiositis, la enfermedad comparte muchas características con trastornos autoinmunitarios, en los que el sistema inmunitario ataca por error los tejidos del propio cuerpo. Por este motivo, el riesgo de padecer polimiositis en una misma persona es mayor si coincide con lupus, artritis reumatoide, esclerodermia o el síndrome de Sjögren.

A veces la polimiositis se asocia con infecciones virales o cáncer.

La polimiositis es una enfermedad sistémica. Esto significa que afecta a todo el cuerpo. La debilidad muscular y la alteración de la sensibilidad pueden ser los primeros síntomas y aparecer gradualmente, a lo largo de semanas o meses.

La debilidad muscular afecta los músculos más cercanos al tronco, como los de la cadera, los muslos, los hombros, la parte superior de los brazos y el cuello. La pérdida de fuerza afecta de manera simétrica a ambos lados.



# DISTRATIAS

Dr. Sergio  
Jimenez Ruiz.

Anayancy Morales  
Cano

Las miopatías son trastornos con cambios estructurales o deficiencia funcional de tales órganos que se pueden diferenciar de otras enfermedades de la unidad motora, como serían los de la motoneurona inferior o de la unión neuromuscular, por algunos signos clínicos y datos de laboratorio característicos. Manifestaciones clínicas el aspecto más importante de la valoración de los individuos con otros trastornos musculares es realizar una anamnesis minuciosa de los síntomas, progresión de la enfermedad antecedentes médico-familiares y un examen neurológico detallado. Basándonos en esta evaluación y pruebas de laboratorio como creatina cinasa (CK) sérica, electromiografía, casi siempre es posible localizar el sitio de la lesión al músculo o diferencia de las lesiones motoras, nervios periféricos o unión neuromuscular y el patrón de compromiso muscular. Este patrón de compromiso muscular es lo más útil para estrechar el diagnóstico diferencial. La mayor parte de las miopatías se manifiestan con debilidad simétrica proximal de las extremidades con reflejos y sensibilidad conservados. Sin embargo, se puede observar debilidad asimétrica y predominante distal en algunas miopatías. Si se agrega pérdida sensitiva, esto sugiere lesión del nervio periférico o del sistema nervioso central más que una miopatía. En ocasiones, los trastornos que afectan a los cuerpos celulares de las neuronas motoras en la médula espinal (enfermedad de las células de la asta anterior), a la unión neuromuscular o a los nervios periféricos pueden simular el cuadro clínico de la miopatía. Miopatías hereditarias

Norma



# Distrofia de Duchenne

Dr. Sergio  
Jimenez Ruiz

Anayancy

Morales Cano

La distrofia muscular de Duchenne y la distrofia muscular de Becker son distrofias musculares recesivas ligadas a X causadas por mutaciones en el gen de la distrofina. La DMN afecta a 1/3000 varones nacidos vivos, es la enfermedad por mutación más frecuente en los niños. La incidencia de la DMB es  $\sim 5/100\,000$ . En ambos trastornos se afectan principalmente los músculos proximales, en particular de las extremidades inferiores. Esto se vuelve evidente muy pronto en la DMN; los niños con este trastorno tienen dificultad para subir escaleras y nunca corren bien. Conforme la enfermedad progresa, la debilidad se vuelve generalizada. La hipertrofia muscular, sobre todo en las pantorrillas, es un hallazgo temprano y característico. La mayoría de los pacientes con DMB experimentan dificultades por primera vez entre los 5 y 15 años de edad, aunque es posible el inicio entre la tercera y cuarta década, incluso más tarde. La esperanza de vida con DMN y DMB es menor, pero la mayoría de las personas con DMB sobrevive hasta la cuarta o quinta década. Puede haber retraso mental en ambos trastornos, pero es menos frecuente en DMB. El compromiso cardíaco es frecuente en ambas miopatías y puede causar insuficiencia cardíaca; en algunos pacientes con DMB, la única manifestación es insuficiencia cardíaca. Otras formas de presentación menos frecuentes de distrofinopatías son el aumento asintomático de CK sérica, mialgias sin debilidad y mioglobulinuria. Es común que esté elevada la creatina cinasa (CK) sérica. La prueba de Western en las muestras de biopsia muscular demuestra ausencia de distrofina en

Norma



# Myastenia Gravis

Dr. Sergio  
Jimenez Ruiz

Anayancy Morales Cano

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune y crónica de la transmisión neuromuscular, debido a una disminución o bloqueo del número de receptores de acetilcolina (AChR) en la placa motora. Los síntomas principales son debilidad muscular fluctuante y fatiga de músculos esqueléticos voluntarios, los cuales generan un deterioro importante de las capacidades físicas, así como un grave impacto en la calidad de vida del paciente. La debilidad muscular aumenta durante los periodos de actividad y disminuye después de periodos de reposo. Los responsables de la alteración de la transmisión sináptica y que producen las manifestaciones clínicas son los anticuerpos dirigidos contra los receptores nicotínicos de acetilcolina de la membrana postsináptica en la unión neuromuscular. Los músculos oculares, faciales y bulbares son los más frecuentemente afectados. La miastenia gravis se puede clasificar de acuerdo a la edad de inicio (neonatal o del adulto), la presencia o ausencia de anticuerpos anti-AChR (seropositiva o seronegativa), la gravedad (ocular, generalizada, crisis miasténica) y con base en su etiología (adquirida, neonatal transitoria, inducida por fármacos y congénita). Cerca del 85% de los pacientes con miastenia gravis generalizada y 50-60% de los pacientes con miastenia ocular tienen anticuerpos positivos, detectados mediante radioinmunoensayo, contra el receptor de acetilcolina (anti-AChR). Aproximadamente entre 10 y 20% de los casos de miastenia gravis adquirida no tienen estos anticuerpos por lo que se denominan seronegativos. Recientemente, se ha detectado la presencia de anticuerpos contra el receptor tirosinocinasa muscular específico.



# Esclerosis Múltiple

Dr. Sergio  
Jimenez Ruiz

Anayancy Morales  
Cano

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmunitaria del sistema nervioso central (SNC) caracterizada por la triada de inflamación, desmielinización y gliosis (tejido cicatricial) y pérdida neuronal; su evolución puede consistir en recaídas -remisiones o ser progresiva. Las lesiones suelen ocurrir en diferentes instantes y en distintas localizaciones del sistema nervioso central (SNC), es decir, están diseminadas en tiempo y espacio. La evolución clínica puede ser extremadamente variable, desde una enfermedad benigna hasta una alteración de rápida evolución e incapacitante que requiere ajustes notables en el estilo de vida. La esclerosis múltiple puede comenzar en forma repentina o insidiosa. Los síntomas pueden ser ser acentuados o tan insignificantes que la persona tal vez no acuda al médico durante meses o años. De hecho, en la necropsia de algunas personas que no tuvieron síntomas durante toda su vida se ha descubierto de manera inesperada que tenían esclerosis múltiple. De manera similar, en la actualidad, un estudio de resonancia magnética hecho por alguna causa no relacionada con la enfermedad, puede revelar signos de esclerosis múltiple asintomática. Las manifestaciones de la enfermedad son muy variadas y dependen de sitio del sistema nervioso central en que se encuentran las lesiones. En la exploración por lo general se identifican signos de disfunción neurológica, a menudo en sitios asintomáticos. Por ejemplo, una persona inicialmente puede tener síntomas de una extremidad pélvica y signos en ambas. Los síntomas sensitivos son diversos e incluyen parestesias.

Norma

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

*Polimiositis*. (s. f.). <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12786/polimiositis>

J.Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo y Joseph Loscalzo. (2018). Distrofias Musculares y Otras Enfermedades del Músculo (pp 3239-3253). Harrison Principios de Medicina Inverna Volumen 2. Mc Graw-Hill Educación

J.Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo y Joseph Loscalzo. (2018). Miastenia Grave y Otras Enfermedades de la Sinapsis Neuromuscular (pp 3232-3239). Harrison Principios de Medicina Inverna Volumen 2. Mc Graw-Hill Educación

J.Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo y Joseph Loscalzo. (2018). Esclerosis lateral amiotrófica y otras enfermedades de la neurona motora (pp 3141-3148). Harrison Principios de Medicina Inverna Volumen 2. Mc Graw-Hill Educación